

पोषण पुनर्वसन केंद्रामध्ये दाखल होणाऱ्या कुपोषित बालकांची राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमांतर्गत क्षयरोग तपासणी व उपचार करण्याबाबत.

महाराष्ट्र शासन
सार्वजनिक आरोग्य विभाग
शासन निर्णय क्रमांक: पीएचडी ३००११/प्र.क्र.५९९/२०१६/आरोग्य-७
गोकुळदास तेजपाल रुग्णालय आवार,
संकुल इमारत, १० वा मजला, मंत्रालय, मुंबई ४०० ००९.
दिनांक: २६ ऑक्टोबर, २०१६.

प्रस्तावना :-

ज्या क्षेत्रामध्ये क्षयरोगाचे प्रमाण जास्त आहे, अशा ठिकाणी तीव्र कुपोषित बालकांना क्षयरोग होण्याचा धोका वाढतो. तीव्र कुपोषणामुळे बालकाची रोग प्रतिकारक शक्ती कमी झालेली असते. यामुळे असे कुपोषित बालक क्षयरोग झालेल्या रुग्णांच्या संपर्कात आले, तर त्याला क्षयरोग होण्याचा धोका वाढतो. लहान बालकांमध्ये क्षयरोगाचा जंतुदोष झाल्यानंतर तो रोग अल्पावधीत बळावतो. बालकांच्या मृत्यूच्या कारणांतील एक महत्वाचे कारण क्षयरोगाची लागण हे आहे. बालकांमध्ये क्षयरोगाचे निदान करण्यासाठी खालील काही महत्वाच्या बाबी आहेत. जसे १) बालकाचे वय ५ वर्षांहून कमी असणे २) कुटुंबात किंवा जवळच्या संबंधीतामध्ये क्षयरोग रुग्ण असणे (विशेषत: थुंकी तपासणीमध्ये क्षयरोगाचे जंतू आढळल्यास) ३) एच.आय.व्ही. बाधित बालक असणे, ४) बालक तीव्र कुपोषित असणे.

भारत सरकारच्या राष्ट्रीय आरोग्य अभियान अंतर्गत सर्व जिल्ह्यांमध्ये पोषण पुनर्वसन केंद्र (NRC) स्थापित करण्यात आले आहेत. पोषण पुनर्वसन केंद्रामध्ये बालरोग तज्ज्ञांच्या देखरेखीखाली तीव्र कुपोषित बालकांवर रोग उपचार व पोषण पुनर्वसन करण्यात येते. तसेच, राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम पथक गावोगावी जावून अंगणवाडी व शाळा तपासणी करतात व त्या दरम्यान कुपोषित आढळलेल्या बालकांना पोषण सल्ला व उपचार देतात. तीव्र कुपोषित

बालक आढळल्यास व बालकाला इतर काही रोग किंवा आजार असल्यास अशा बालकांना पोषण पुनर्वसन केंद्रामध्ये संदर्भीत करण्यात येते. या अनुषंगाने सर्व कुपोषित बालकांची क्षयरोगासाठी छाननी करणे गरजेचे आहे, जेणे करून या बालकांमध्ये क्षयरोगाचे लवकर निदान होऊन औषधोपचार होईल व त्यांची पोषण स्थिती आणि आरोग्य सुधारेल. या संदर्भात राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमामधील कुपोषित बालकांची क्षयरोगासाठी तपासणी करण्याबाबतचा प्रस्ताव शासनाच्या विचाराधीन होता. या संदर्भात पुढील प्रमाणे निर्णय घेण्यात येत आहे.

शासन निर्णय :-

तीव्र कुपोषित बालकांमध्ये क्षयरोगाचे लवकर निदान होऊन योग्य औषधोपचार करण्यासाठी व त्यांची पोषण स्थिती आणि आरोग्य सुधारण्यासाठी राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमामधील कुपोषित बालकांची क्षयरोगासाठी तपासणी करण्यास मान्यता देण्यात येत आहे. याबाबत पुढील प्रमाणे कार्यवाही करण्यात यावी.

- १) सर्व राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य पथकांनी (RBSK Team) त्यांच्या अंगणवाडी व शाळा तपासणीच्या भेटी दरम्यान कुपोषित बालकांची क्षयरोगासाठी तपासणी करावी. क्षयरोगाची शक्यता असल्यास संभाव्य बालकांना लगेच पुढील तपासणीसाठी उपजिल्हा / जिल्हा रुग्णालयाला संदर्भीत करावे.
- २) पोषण पुनर्वसन केंद्रामध्ये दाखल होणाऱ्या प्रत्येक कुपोषित बालकाची क्षयरोगासाठी तपासणी करण्यात यावी.
- ३) संभाव्य क्षयरोग असणाऱ्या बालकांची CBNAAT, थुंकी तपासणी किंवा कल्चर तपासणी करावी.
- ४) ज्या ठिकाणी CBNAAT, थुंकी तपासणी किंवा कल्चर तपासणी उपलब्ध नसेल अशा ठिकाणी छातीचा एक्सरे आणि Mantoux पद्धतीने Tuberculin skin test करावी.
- ५) सुधारीत राष्ट्रीय क्षयरोग नियंत्रण कार्यक्रमप्रमाणे पोषण पुनर्वसन केंद्रामध्ये दाखल होणाऱ्या कुपोषित बालकांच्या क्षयरोग तपासणीसाठी सोबतच्या "प्रपत्रा"मध्ये नमूद केलेल्या प्रोटोकॉलप्रमाणे कार्यवाही करावी.
- ६) क्षयरोगाचे निदान झालेल्या कुपोषित बालकांच्या उपचारासाठी प्रत्येक जिल्ह्यासाठी आवश्यक औषधीसाठा जतन करण्यात यावा.

७) स्थानिक पातळीवर क्षयरोग औषधी खरेदी व पुरवठ्याची जबाबदारी संबंधित जिल्हा क्षयरोग अधिकारी यांची राहील.

५. सदर शासन निर्णय महाराष्ट्र शासनाच्या www.maharashtra.gov.in या संकेतस्थळावर उपलब्ध करण्यात आला असून त्याचा संकेताक २०१६१००३१५४२४४५४९७ असा आहे. हा आदेश डिजीटल स्वाक्षरीने साक्षांकित करून काढण्यात येत आहे. महाराष्ट्राचे राज्यपाल यांच्या आदेशानुसार व नावाने.

(वि. रं. दहिफळे)
महाराष्ट्र शासनाचे सह सचिव
प्रत,

१. आयुक्त (कु.क.) तथा संचालक, राष्ट्रीय आरोग्य अभियान, मुंबई.
२. संचालक, आरोग्य सेवा संचालनालय, मुंबई.
३. अतिरिक्त संचालक, कुटुंब कल्याण कार्यालय, पुणे.
४. सह संचालक (क्रुष्णरोग व क्षयरोग), पुणे.
५. उप संचालक, आरोग्य सेवा मंडळ कार्यालय, (ठाणे/पुणे/कोल्हापूर/नाशिक/औरंगाबाद/अकोला/नागपूर)
६. सर्व जिल्हा शाल्य चिकित्सक
७. सर्व जिल्हा आरोग्य अधिकारी
८. निवडनस्ती (आरोग्य -७) .

Guidelines for TB screening at Nutritional Rehabilitation centres

Introduction

Young children are at increased risk of rapid progression from infection to disease, reflecting recent transmission rather than secondary reactivation. Increased case detection of tuberculosis (TB) using active or intensified case finding (ICF), taking into consideration the particular epidemiology and clinical presentation of TB in children, is an import and strategy rise factor for TB in children include 1) age less than 5 years; 2) close/household contacts with a case of pulmonary TB (especially smear-positive pulmonary TB); 2) close/household contacts with a case of pulmonary TB (especially smear-positive or culture-positive or culture-positive pulmonary TB); 3) HIV infection, and 4) severe malnutrition.

severe malnutrition is a key risk factor in high-TB burden settings and plays an important role in cell-mediated immunity, the key host defense against TB. India has one of the highest burdens of both malnutrition and TB. among children in the world. Approximately 9 million children with severe acute malnutrition (SAM) live in India. The Severely malnourished child is again predisposed to many of the infections due to its impaired humeral and Cell mediated immunity. Tuberculosis in one of these common infections that the child may acquire especially if it is in the contact of a TB patient. Mortality has a strong correlation with

socioeconomic status, underlying nutritional status and immunosuppression in response to an increased number of SAM children and malnutrition related deaths.

The Government of India's National Rural Health Mission established Nutritional Rehabilitation Centre's (NRCs). Nutrition Rehabilitation Center (NRC) is a unit in a health facility where children with Severe Acute Malnutrition (SAM) are admitted and managed. Children are admitted as per the defined admission criteria and provided with medical and nutritional therapeutic care. NRC pediatrician's clinically manage SAM children through therapeutic feeding and growth monitoring. Intensified TB case finding at NRCs may provide an opportunity to identify and link children with TB to care.

Intervention:-

As malnourishment is one of the risk factor for active tuberculosis, proactive involvement of Revised National Tuberculosis Control Program (RNTCP) with NRCs, envisioned being beneficial for malnourished children in diagnosis and treatment of concurrent illness and for TB control as this provides an opportunity for early detection and management of childhood Tuberculosis. Screening of all malnourished children attending NRCs for active tuberculosis and putting them on treatment using pediatric drugs

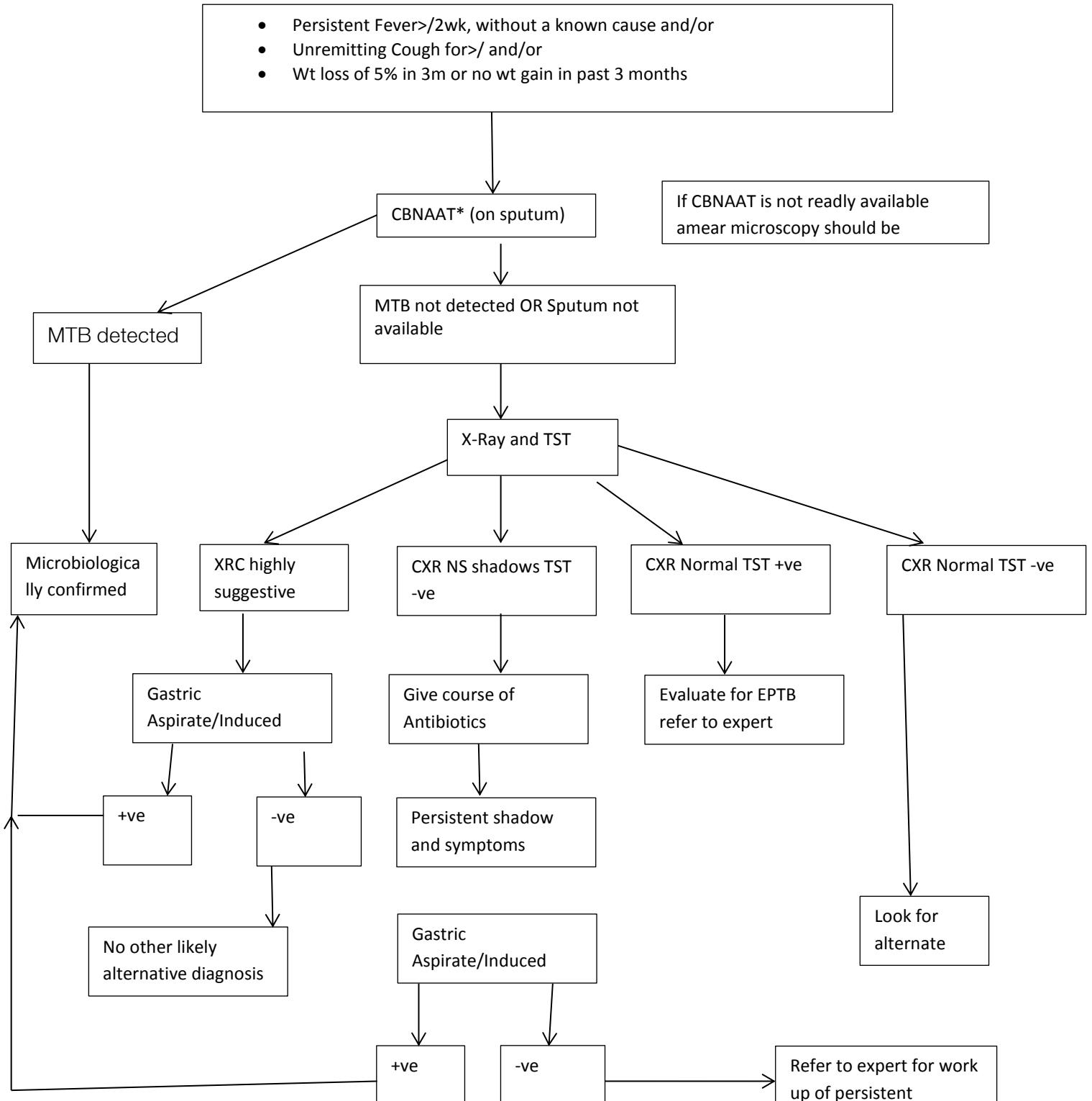
available in RNTCP is encouraged. state has decided to proactively involve NRCs with Revised National Tuberculosis Control Programmed.

Activities to be conducted for involvement of NRCs in RNTCP

- Training /sensitization of Medical officer and paramedical staff at NRCs in RNTCP guideline.
- Supply of logistics for TB screening like PPD solution (2 TU of PPD RT 23), sputum/falcon tubes, recording and reporting formats.
- Referral for X ray to the nearby public sector facility as per diagnostic algorithm
- Establishment of referral system for diagnosis and treatment.
- supply of Pediatric Anti TB drugs (PP pouch) for the duration of admission period.
- Children's weighing <6kg, Expert opinion (Paediatrician) to be taken for the drug doses and treatment. Drugs to be procured by the health institution where the NRC located. DTO should ensure supply of drugs for the full course by local procurement.
- NRCs can be made as PHI and monthly report can be collected from them.
- Regular review of activities related to RNTCP by MOTC/DTO.

Diagnostic Algorithm for Pediatric Pulmonary TB diagnosis:-

Diagnostic Algorithm for Pediatric Pulmonary TB



- In children with Presumptive TB, every effort must be made to microbiologically prove the diagnosis through examination of appropriate respiratory / non-

respiratory specimen with quality assured diagnostic test-sputm microscopy, CBNAAT, Culture.

- CBNNAT (GeneXPert) is preferred diagnostic test for the diagnosis of Pediatric TB.
- If CBNAAT facility is not available or accessible then smear Microscopy to be used.
- In situations where M. Tuberculosis is not detected by CBNAAT/Micrscoopy/Culture or specimen is not available, then Chest X-Ray and Tuberculin skin test (TST) by Mantoux technique using 2 TU of PPD RT 23 should be done.
- Whenever indicated, alternative specimen (Gastric aspirate/induced sputum/Broncho alveolar lavage/CSF/Plural fluid/FNAC/Tissue biopsy) should be collected by a skilled health care provider and sample should be subjected to CBNNAT or other appropriate tests as per the expert opinion.
- Children with persistent symptoms, negative test results, non-specific X-Ray shadows should be referred to experts for further work up.
- There is no role for inaccurate/inconsistent diagnostics like serology (IgM, IgG, IgA antibodies against), various in-house or non-validated commercial PCR tests and BCG test.
- There is no role of IGRAs (Interferon Gamma Release Assays) in clinical practice for the diagnosis of TB.

Treatment of Tuberculosis:-

- Once the child is diagnosed as drug sensitive TB. The treatment categorization will be done by NRC MO as per RNTCP guideline.
- Children's weighing <6kg, treatment regimen will be prescribed by an expert opinion (Pediatrician).
- Child will be initiated on treatment from PP pouch, if child is hospitalized otherwise he will be referred for treatment to the Government Health Centre near to patient's house.
- If patient is diagnosed Rifampicin resistant by CBNAAT test, then the further management will be done as per the guidelines on Drug resistant TB. Patient will be referred to District TB Officer for further Management.